

**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНАЦИЙ В ЛЕГКИХ
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
M.TUBERCULOSIS РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ**

*Горбач И.Н., Романовский Р.В.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. За последние годы клиническая симптоматика туберкулеза и неспецифических заболеваний легких изменилась, приобрела общие черты. Один

из наиболее трудных разделов пульмонологии представляет дифференциальная диагностика диссеминаций в легких (1,2,3). Насчитывает около 200 различных заболеваний, для которых характерна рентгенологическая картина в виде двухсторонних множественных очагов разной величины в легких. Сложность диагностики диссеминаций обусловлена большим сходством клинико-лабораторных и рентгенологических данных. Наиболее часто сходство наблюдается при диссеминированном туберкулезе, саркоидозе легких, острой бактериальной или вирусной пневмонии, карциноматозе, метастазах из других органов, пневмокониозе, системных болезнях и т.д.

В литературе отмечается, что ряд заболеваний, ранее считавшихся редкими, в настоящее время участились, а частота диссеминированного туберкулеза в структуре клинических форм по-прежнему составляет около 12% среди вновь выявленных заболеваний туберкулезом легких. Однако в 50-70% случаев первоначально ставится диагноз туберкулеза, что увеличивает приток больных с диссеминациями различной этиологии в противотуберкулезные учреждения.

Внедрение в практику комплекса специальных методов исследования расширяет возможности подтверждения этиологии диссеминированных процессов.

Цель работы. Изучить информативность, последовательность и эффективность отдельных методов исследования при диссеминациях в легких неясной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных с диссеминациями в легких в возрасте от 23 до 62 лет, мужчин было 44, женщин – 18.

На первом этапе проводились общеклинические исследования: изучали анамнез, объективные данные, лабораторные исследования крови, мочи, мокроты, промывных вод бронхов на МБТ микроскопией и культуральным методом не менее 3-х раз, определялась чувствительность к туберкулину с помощью пробы Манту, изучались также обзорные рентгенограммы, томограммы, в том числе срединные срезы, ЭКГ, спирограммы, биохимические исследования крови. С учетом наиболее вероятного диагноза назначалось первоначальное лечение или антибиотиками широкого спектра или противотуберкулезными препаратами, в показанных случаях назначались сердечно-сосудистые препараты.

На втором этапе обследования проводилась комплексная бронхоскопия с исследованиями мазка из бронхов на микрофлору, цитологией, браш-биопсией, прямой биопсией слизистой оболочки бронха, ультразвуковое исследование внутренних органов, компьютерная томография легких. В крайне затруднительных случаях больные направлялись в отделение малоинвазивной хирургии для открытой биопсии легкого, плевры, лимфатических узлов с целью морфологической верификации диагноза.

Результаты и обсуждение. Данные о диагностической ценности каждого метода приведены в таблице 1.

Таблица 1-Эффективность отдельных методов исследования в зависимости от этиологии диссеминаций

№ пп	Диагноз	К-во больны х	Методы установления диагноза			
			клин - рентг, пробная терапия	выявле ние МБТ	ФБС	Биоп сия
1	Диссеминированный туберкулез	21	3	19	4	1
2.	Саркоидоз	15	6	-	5	4
3.	Карциноматоз	9	2	-	5	2
4.	Пневмония	7	7	-	-	-
5.	Пневмокониоз	5	4	-	-	1
6.	Застойное легкое	2	2	-	-	-
7.	ИФА	2	1	-	-	1
8.	Пневмофиброз	1	1	-	-	-
Всего:		62	26	19	14	9

Самым информативным методом для установления диссеминированного туберкулеза легких (80,1%) принадлежит бактериологическому исследованию, МБТ обнаружены у 19 из 21 больного. Диагноз саркоидоза легких на основании общеклинического обследования установлен у 6 больных (в анамнезе у них отмечены поражения суставов, узловатая эритема), у 5 пациентов помогла комплексная бронхоскопия, у 4 – верификация диагноза базировалась на морфологической картине при биопсии легкого, плевры.

В диагностике полисегментарной пневмонии определяющую роль имело проведение противовоспалительного лечения с положительной замедленной динамикой. Основными причинами диагностических ошибок при пневмокониозе были недооценка профессионального маршрута, неверная интерпретация рентгенологических данных.

У 2-х больных идиопатическим фиброзирующим альвеолитом (ИФА) заболевание протекало с многосиндромной клинической картиной, из них у 1 отмечалась типичная рентгенологическая картина с диссеминацией в средних и нижних отделах легкого с деформацией легочного рисунка сетчатого типа с ячеистыми просветлениями, у другого больного диагноз ИФА подтвержден после биопсии легкого

При подозрении на карциноматоз большое значение имело установление локализации первичной опухоли, которая находилась в желудке, грудной железе, почке, поджелудочной железе, гортани. Общее состояние больных при карциноматозе быстро ухудшалось в отличие от диссеминаций другой этиологии. Один из наиболее постоянных клинических симптомов была выраженная одышка. У 5 из 9 наблюдавшихся больных карциноматозом наиболее информативным методом оказалась фибробронхоскопия с исследованием мазка из бронхов на опухолевые клетки, браш-биопсией, трансбронхиальной пункцией лимфоузла, в 2 случаях применялись хирургические методы с гистологической верификацией диагноза. Компьютерная томография позволяла установить факт диссеминации в легких, но этиология заболевания оставалась неясной.

Выводы. Таким образом, дифференциальная диагностика диссеминированных поражений легких сложна, требует дальнейшего

совершенствования. Необходимо разрабатывать, внедрять и своевременно применять в практике комплекс современных диагностических исследований. Кроме клинико-лабораторных данных диагноз должен быть верифицирован на морфологическом уровне

Литература:

1. Комплексные методы исследования в диагностике диссеминированных процессов органов дыхания. - Ломако М.Н., Абрамовская А.К. [и др.]. // Пробл. туб. – 1991 - № 1. – С. 9-13.
2. Принципы дифференциальной диагностики диффузных поражений в легких – Хоменко А.Г., Озерова Л.В. [и др.] // Пробл. туб. – 1991 - № 1 – С. 33-37
3. Интерстициальные болезни легких. – В кн. Заболевания органов дыхания. – С.Петербург – 1998. – С. 309-318.